

# Autorización para tener un plan de automedicación

Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN POR UN MÉDICO**

◆ He repasado y aprobado el plan de acción anexo. El alumno tiene la habilidad de automedicarse para su condición de salud segura y responsablemente en acuerdo con este plan de acción.

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico (use letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN PATERNAL Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA AUTOMEDICACIÓN**

El padre/tutor del alumno, por la presente acepta y acuerda con el plan de acción anexo. El padre/tutor entiende y acuerda con que si el alumno lastima a alguien del personal escolar o a un alumno como resultado del mal uso de los suministros médicos por el alumno, el padre/tutor del alumno será responsable de todo costo asociado con el daño. Los padres/tutores reconocen que (a) la escuela y sus empleados y agentes no son responsable por ningún daño o muerte que resulte de la automedicación para la condición de salud del alumno y los padres/tutores exoneran a los mismos de tales reclamaciones y (b) los padres/tutores indemnificarán, y en la presente lo indican, que también eximirán de responsabilidad a la escuela y sus empleados y agentes de cualquier reclamo que resulte de la automedicación por el alumno para su condición de salud. Dicho acuerdo para la exoneración, indemnificación y eximición tomará efecto inmediatamente y permanecerá en efecto siempre y cuando al alumno se le dé el permiso de automedicarse para su condición.

\_\_\_\_\_  
Firma paternal o del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **ACUERDO ESTUDIANTIL PARA AUTOMEDICARSE**

Usaré la prescrita medicina solamente como se ha prescrito y según lo permite el plan de acción anexo. NO lo compartiré con otros. Se me ha instruido cómo automedicarme con esta medicina y sé cuales son los efectos secundarios del uso inadecuado y reportaré inmediatamente cuando yo me administre el medicamento y seguiré las reglas. Comprendo que puede pedir la asistencia del personal de salud cualificado de la escuela en cualquier momento durante el día escolar. Comprendo que si no me atengo a estas condiciones, se me puede disciplinar y se puede reevaluar mi plan de acción.

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **APROBACIÓN POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA PARA LA AUTOMEDICACIÓN**

◆ He repasado y apruebo el plan de acción anexo. El alumno tiene la habilidad de automedicarse para su condición segura y responsablemente en acuerdo con este plan de acción.

\_\_\_\_\_  
Firma de la enfermera escolar

\_\_\_\_\_  
Fecha